XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX（紹介元医療機関の名称）

黄色の網掛けに英語で情報を記入し、日本語を消去してください。

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX（紹介元医療機関の所在地）

Tel: +81 XXXXXXXXXXX（紹介元医療機関の電話番号）

Fax: +81 XXXXXXXXXXX（紹介元医療機関のFax番号）

Mail: XXXXX@XXXXX (紹介元医療機関のメールアドレス）

Dr XXXXXXXXXXX（紹介元医療機関の医師名）

DD/MM/YYYY（作成日）

Dear Doctor,

I am writing to refer a patient, who was diagnosed as pulmonary tuberculosis（主な診断名） in Japan in 31 July 2022（診断された年月日）, and wishes to return to Indonesia（患者の帰国先の国名） to complete his/her treatment. Please find below the detailed information of the patient.

**GENERAL INFORMATION**

Name of the patient: XXXXXXXXXXX（患者の氏名）

Sex: XXXXXX（患者の性別：男性はMale、女性はFemale）

Date of Birth: DD/MM/YYYY　（患者の生年月日）

Address in Indonesia: XXXXXXXX（患者の帰国先での住所）

Phone in Indonesia: XXXXXXXX（患者の帰国先での電話番号）

**CLINICAL INFORMATION**

Diagnosis: Pulmonary tuberculosis（診断名：現在「肺結核」と記載されています）

CXR findings: CAVITATION: Yes/ No/ Unknown/ Not done (DD/MM/YYYY)

胸部レントゲン：　空洞　：有/　無/　不明/　未実施　（年月日）

**喀痰検査結果**

First (初回）：結果

陽性はPositive、陰性はNegative, 日付（DD/MM/YYYY)

Second（二回目）

Bacteriological test results　(菌検査結果)

Smear test results: FIRST: Negative/Positive (DD/MM/YYYY),

SECOND: Negative/Positive (DD/MM/YYYY),

Culture test results: FIRST: Negative/Positive (DD/MM/YYYY),

**培養検査結果**

First (初回）：結果

陽性はPositive、陰性はNegative, 日付（DD/MM/YYYY)

Second（二回目）

SECOND: Negative/Positive (DD/MM/YYYY),

Other tests: XXXXXXXXXXXX

**DRUG SUSCEPTIBILIY TEST RESULTS（感受性検査結果）**

Date tested: DD/MM/YYYY（検査年月日）

INH susceptible/ resistant / not done (感受性／耐性／未実施)

RFP susceptible/ resistant / not done (感受性／耐性／未実施)

EB susceptible/ resistant / not done (感受性／耐性／未実施)

SM susceptible/ resistant / not done (感受性／耐性／未実施)

(Others) susceptible/ resistant/ not done (感受性／耐性／未実施)

**TREATMENT REGIMEN （化療内容）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anti-TB drugs** | **Dosage** | **Start date（開始日）** | **(Expected) End date （終了《予定》日）** |
| INH | mg | DD/MM/ YYYY | DD/MM/ YYYY |
| RFP | mg | DD/MM/ YYYY | DD/MM/ YYYY |
| EB | mg | DD/MM/ YYYY | DD/MM/ YYYY |
| PZA | mg | DD/MM/ YYYY | DD/MM/ YYYY |
| (other drug) |  |  |  |

**OTHER INFORMATION:**

Complication(s): No/ Yes : DM/ HIV/ Other (XXXXX)　合併症：無/　有：DM/ HIV/ その他（　　　）

Side effects: No/ Yes (XXXXXX)　　副作用：無/　有（　　　）

Medication Adherence: Good/ Poor/ Unknown　アドヒアランス：良/ 悪/ 不明

I kindly ask you to provide appropriate care and treatment until the end of his/her treatment. Should you have any questions, please do not hesitate to contact me.

Sincerely,

Name（紹介元医療機関医師名）

Signature (署名)